

Ujawnianie problemów ze zdrowiem psychicznym: zakres, predyktory i konsekwencje dla osób z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych

The self-disclosure of mental health problems: Its extent, predictors and consequences for people with psychotic disorders

Janina Sonik-Włodarczyk¹, Marta Anczewska², Paweł Grygiel³,
Izabela Stefaniak², Piotr Świtaj²

¹ Instytut Psychiatrii i Neurologii, III Klinika Psychiatryczna

² Instytut Psychiatrii i Neurologii, I Klinika Psychiatryczna

³ Uniwersytet Jagielloński, Instytut Pedagogiki

Summary

Aim. The analysis of the extent, sociodemographic and clinical predictors, and consequences of disclosing mental health problems for people with psychotic disorders.

Method. 147 individuals with a diagnosis of psychotic disorder (ICD-10 categories F20–F29) were examined with questionnaires to assess the extent and consequences of their disclosing of mental health problems to others, as well as their social functioning, depressive symptoms, and the global severity of psychopathological symptoms.

Results. The majority of respondents talked openly about their mental health problems to their parents, spouses or life partners, as well as physicians and other non-psychiatric health care professionals, while a substantial minority (less than one-fifth) talked about these issues to casual acquaintances, neighbors, teachers and lecturers, co-workers, police officers and municipal guards, representatives of the court system, or public officials. Multiple regression analysis showed that the older the respondents were, the less willing they were to disclose their mental problems to others ($\beta = -0.34$; $p < 0.05$). In contrast, the longer they were ill, the more inclined they were to disclose their mental health issues ($\beta = 0.29$; $p < 0.05$). Disclosure of mental health problems had varying effects on the subjects' social relationships, with a significant proportion reporting no difference in the way they were treated by others, while others reported either deterioration or improvement in this area.

Conclusions. The results of the study provide clinicians with practical guidance on supporting and assisting patients with psychotic disorders in the process of making informed decisions about “coming out”.

Słowa kluczowe: choroba psychiczna, stygmatyzacja, wyjście z ukrycia

Key words: mental illness, stigma, coming out

Wstęp

Stygmatyzacja osób leczących się psychiatrycznie, a zwłaszcza osób z rozpoznaniem schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych, należy do najważniejszych współczesnych wyzwań w obszarze zdrowia psychicznego [1, 2]. Piętno społeczne jest dla osób chorujących psychicznie źródłem przewlekłego stresu, pozbawia je szans życiowych, przyczynia się do ich społecznego wykluczenia, wpływa negatywnie na samoocenę, poczucie własnej skuteczności i jakość życia, ogranicza dostęp do adekwatnej opieki medycznej i pogarsza współpracę w leczeniu. W konsekwencji może prowadzić do zaostrzenia objawów psychopatologicznych i stanowi poważną przeszkodę w procesie zdrowienia [2–6].

Osoby chorujące psychicznie nie są jednak biernymi ofiarami stygmatyzacji, ale stosują różne strategie mające na celu uniknięcie odrzucenia i dyskryminacji. Jedną z najczęściej stosowanych jest zachowywanie w tajemnicy informacji o swojej chorobie [7–9]. W dużym międzynarodowym badaniu INDIGO wykazano, że aż 72% osób chorujących na schizofrenię odczuwało potrzebę ukrywania diagnozy psychiatrycznej przed innymi [10]. Z kolei w polskim badaniu pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii dwie trzecie respondentów przyznało, że często lub bardzo często ukrywa informacje o leczeniu psychiatrycznym przed osobami spoza najbliższej rodziny [11]. Nie może to zaskakiwać, jeżeli weźmie się pod uwagę fakt, że zdecydowana większość polskiego społeczeństwa (ponad 70%) uważa zaburzenia psychiczne za problem wstydlivy [12], a znaczna część osób chorujących psychicznie rzeczywiście doświadcza pośrednich lub bezpośrednich przejawów stygmatyzacji w różnych dziedzinach życia [11, 13, 14].

Chociaż ukrywanie choroby psychicznej może niekiedy chronić przed odrzuceniem społecznym, to jednak okazuje się nieskuteczne, jeśli chodzi o zmniejszenie negatywnego wpływu stygmatyzacji na wskaźniki funkcjonowania psychicznego i społecznego [7, 8]. Ponadto, jak zauważa Goffman [15], strategia radzenia sobie polegająca na ukrywaniu dyskredytujących informacji wiąże się z dużymi kosztami psychologicznymi, takimi jak ciągłe napięcie, niepokój, obawa, że tajemnica może w każdej chwili zostać ujawniona. Osoby ukrywające wstydlive informacje często zmuszone są do prowadzenia podwójnego życia i stałego utrzymywania wzmożonej czujności – nieustannego kontrolowania i analizowania nawet najbardziej banalnych sytuacji społecznych, które dla innych mają charakter rutynowy i przebiegają w zasadzie automatycznie. Z przeglądu literatury przedmiotu wynika, że ukrywanie stygmatyzującego atrybutu może też powodować wstyd, poczucie winy, nasilać objawy lękowe i depresyjne, negatywnie wpływać na obraz siebie oraz przyczyniać się do samotności i izolacji społecznej [16].

Ze względu na duże koszty psychologiczne i interpersonalne związane z ukrywaniem informacji o leczeniu psychiatrycznym część osób chorujących psychicznie decyduje się na „wyjście z ukrycia”, „ujawnienie się” (*coming out, disclosure*). W praktyce nie jest to wszakże kwestia jednej decyzji, ale raczej złożony proces i może

mieć różny zakres. Mimo że taki sposób radzenia sobie z piętnem społecznym wiąże się z oczywistym ryzykiem odrzucenia i dyskryminacji, to jednak może nieść ze sobą również istotne korzyści, takie jak redukcja stresu związanego z koniecznością ciągłego ukrywania ważnego aspektu swojej tożsamości, poprawa samooceny i jakości życia, ułatwienie relacji interpersonalnych i zwiększenie możliwości uzyskania wsparcia społecznego, wreszcie zwiększenie siły politycznej własnej grupy i możliwości wpływania na stygmatyzujące postawy społeczne [17, 18]. Ponadto, choć na pierwszy rzut oka może się to wydawać paradoksem, w badaniu podłużnym przeprowadzonym przez Ilic i wsp. [19] to selektywne ujawnianie się (*selective disclosure*), a nie ukrywanie informacji o chorobie psychicznej (*secrecy*) wiązało się z rzadszymi doświadczeniami dyskryminacji przy powtórnej ocenie po 9 miesiącach. Selektywne ujawnianie się okazało się też predyktorem lepszych wskaźników zdrowia psychicznego.

W codziennym życiu osoby leczące się psychiatrycznie nieustannie stają wobec dylematów, czy, komu, w jaki sposób, gdzie lub kiedy powiedzieć o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym. Aby wspomóc pacjentów w tym zakresie, klinicyści nie mogą polegać jedynie na swojej intuicji, ale powinni opierać się na rzetelnej wiedzy i dobrym zrozumieniu uwarunkowań i konsekwencji tych osobistych decyzji o ujawnieniu potencjalnie stygmatyzujących informacji, z uwzględnieniem lokalnego kontekstu społeczno-kulturowego. Tymczasem w Polsce zagadnieniom tym nie poświęcono dotychczas wystarczająco dużo uwagi i nie były one wszechstronnie i systematycznie badane. W prezentowanym badaniu autorzy podjęli zatem próbę poznania i przeanalizowania postaw i doświadczeń polskich pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych odnośnie do ujawniania informacji o chorobie psychicznej. Komu mówią o tym, że chorują? Z jaką spotykają się reakcją? Jakie czynniki wpływają na podjęcie decyzji o otwartym dzieleniu się doświadczeniem choroby?

Cele badania

Badanie miało następujące cele:

- (1) ocenę, w jakim zakresie osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych ujawniają informacje o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym w zależności od rodzaju relacji społecznych;
- (2) zidentyfikowanie społeczno-demograficznych i klinicznych predyktorów zakresu ujawniania informacji o problemach psychicznych;
- (3) analizę wpływu ujawnienia informacji o problemach psychicznych na jakość relacji społecznych.

Ze względu na eksploracyjny charakter badania nie sformułowano szczegółowych hipotez.

Material i metoda

Uczestnicy

Uczestników badania rekrutowano w okresie od grudnia 2016 do września 2019 roku spośród pacjentów leczonych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (w oddziałach całodobowych, oddziale dziennym, zespole leczenia środowiskowego i poradni zdrowia psychicznego). Kryteria włączenia do badania były następujące: rozpoznanie zaburzeń psychotycznych (kategorie F20–F29 według ICD-10), wiek powyżej 18 lat, wyrażenie w formie pisemnej świadomej zgody na udział w badaniu. Kryteria wykluczające z badania to: czynne uzależnienie od substancji psychoaktywnych, udokumentowana niepełnosprawność intelektualna lub istotne klinicznie zmiany organiczne ośrodkowego układu nerwowego, niestabilny stan psychiczny albo nasilone deficyty poznawcze w ocenie lekarza prowadzącego uniemożliwiające rzetelne wypełnienie zestawu kwestionariuszy.

Ostatecznie w badaniu wzięło udział 147 osób. Cechy społeczno-demograficzne i kliniczne uczestników zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna i kliniczna osób badanych (n = 147)

Cecha		n (%), średnia (SD)
Płeć		
	Mężczyźni	72 (49,0)
	Kobiety	75 (51,0)
Wiek (lata)		40,8 (13,2)
Stan cywilny		
	Małżeństwo lub związek nieformalny	23 (15,6)
	Stan wolny (kawaler/panna)	103 (70,1)
	Wdowiec/wdowa	4 (2,7)
	W separacji lub po rozwodzie	17 (11,6)
Sytuacja mieszkaniowa		
	Mieszkanie samemu	39 (26,5)
	Mieszkanie z innymi osobami	108 (73,5)
Wykształcenie		
	Podstawowe lub zawodowe	9 (6,1)
	Średnie	65 (44,2)
	Wyższe	73 (49,7)
Zatrudnienie		
	Pracujący zawodowo	46 (31,3)
	Bezrobotni, poszukujący pracy	21 (14,3)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

	Studenci	14 (9,5)
	Emeryci	11 (7,5)
	Renciści	52 (35,4)
	Prowadzący gospodarstwo domowe	3 (2,0)
Miejsce zamieszkania		
	Wieś	8 (5,4)
	Miasto < 100 000 mieszkańców	21 (14,3)
	Miasto > 100 000 mieszkańców	118 (80,3)
Rozpoznanie (według ICD-10)		
	Schizofrenia (F20)	134 (91,2)
	Zaburzenie schizotypowe (F21)	1 (0,7)
	Zaburzenia urojeniowe (F22)	2 (1,4)
	Ostre zaburzenia psychotyczne (F23)	9 (6,1)
	Zaburzenia schizoafektywne (F25)	1 (0,7)
Placówka psychiatryczna		
	Oddział całodobowy ogólnopsychiatryczny	30 (20,4)
	Oddział całodobowy rehabilitacyjny	23 (15,6)
	Oddział dzienny	55 (37,4)
	Zespół leczenia środowiskowego (ZŁŚ)	12 (8,2)
	Poradnia zdrowia psychicznego (PZP)	27 (18,4)
Czas trwania choroby (lata)		16,3 (13,1)
Liczba hospitalizacji całodobowych		5,3 (6,2)

Narzędzia

Do oceny, w jakim zakresie respondenci ujawniają informacje o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym w różnych rodzajach relacji interpersonalnych i jaki wpływ ma ujawnienie tych informacji na jakość poszczególnych relacji, została użyta zmodyfikowana wersja *Kwestionariusza do oceny ujawniania problemów ze zdrowiem psychicznym* wykorzystanego uprzednio w amerykańskim badaniu przeprowadzonym pod auspicjami organizacji NAMI (*National Alliance on Mental Illness*) [20]. Narzędzie przeznaczone jest przede wszystkim do uchwycenia jakościowych aspektów procesu ujawniania się, a w szczególności jego zależności od kontekstu interpersonalnego. W pierwszej części kwestionariusza, zawierającej 15 pozycji, respondenci oceniają na skali od 1 („wcale”) do 5 („całkowicie”), na ile otwarcie mówią o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym różnym osobom lub grupom osób, np. rodzicom, partnerowi/partnerce, przyjacielom, sąsiadom, przypadkowo poznanym osobom, urzędnikom,

współpracownikom, przełożonym w pracy. W drugiej części ankietowani określają, czy po ujawnieniu informacji o problemach ze zdrowiem psychicznym byli traktowani przez wymienione w pierwszej części kwestionariusza osoby lub grupy osób gorzej, tak samo czy lepiej. W obu częściach kwestionariusza przy każdym pytaniu można wybrać też opcję „nie dotyczy”. Drugą część kwestionariusza wykorzystano jedynie do jakościowego opisu wpływu ujawnienia informacji o problemach psychicznych na relacje społeczne. Dla pierwszej części obliczono również wynik całkowity (współczynnik α Cronbacha wynosił 0,94), aby umożliwić analizę predyktorów skłonności do ujawniania informacji o problemach psychicznych. Wyższy wynik oznacza większy zakres ujawniania się.

Do pomiaru poziomu funkcjonowania społecznego pacjentów wykorzystano skalę PSP (*Personal and Social Performance Scale*) [21]. Jest to prosta skala porządkowa o zdefiniowanych 10 przedziałach. Oceny funkcjonowania społecznego dokonuje klinicysta, posługując się skalą od 1 do 100 punktów. Ocena uwzględnia 4 główne zakresy: działania przydatne społecznie (w tym pracę i naukę), relacje osobiste i towarzyskie, dbałość o siebie oraz zachowania zakłócające i agresywne. Wyższy wynik wskazuje na lepsze funkcjonowanie.

Nasilenie objawów depresyjnych mierzono za pomocą skali CESD-R (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised*) [22]. CESD-R to samoopisowa skala składająca się z 20 itemów odnoszących się do różnych objawów depresyjnych. Respondenci zaznaczają częstość ich występowania w ostatnich dniach na skali od 0 do 4, gdzie 0 = wcale albo mniej niż 1 dzień; 1 = 1–2 dni; 2 = 3–4 dni; 3 = 5–7 dni; 4 = prawie codziennie przez dwa tygodnie. Im wyższy wynik całkowity, tym bardziej nasilone objawy depresyjne ($\alpha = 0,93$).

Krótką skalę oceny stanu psychicznego (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) [23] została wykorzystana do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych badanych. BPRS obejmuje 18 objawów ocenianych przez klinicystę na 7-stopniowej skali (1 = objaw nie występuje; 7 = objaw skrajnie nasilony). Wyższy wynik całkowity oznacza większe ogólne nasilenie objawów psychopatologicznych ($\alpha = 0,84$).

Dla wszystkich narzędzi zastosowanych w badaniu wyniki całkowite zostały obliczone przez zsumowanie punktacji w poszczególnych pozycjach, a następnie podzielenie uzyskanej wartości przez liczbę ważnych odpowiedzi. Oprócz zminimalizowania wpływu braku danych zaletą tego podejścia jest to, że obliczony w taki sposób wynik globalny jest łatwy w interpretacji i od razu dostarcza informacji o stopniu nasilenia mierzonego konstruktów.

Procedura

Obecne badanie stanowi część większego projektu – przedstawione dane pochodzą z pierwszej fazy badania: „Zakres, determinanty i konsekwencje ukrywania i ujawniania choroby psychicznej przez osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych: badanie podłużne”. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Uchwała nr 17/2016). Pacjenci spełniający kryteria włączenia do badania zostali dokładnie poinformowani o jego celach,

warunkach uczestnictwa, czasie trwania, sposobie jego przeprowadzenia i potencjalnych korzyściach, oraz zapewnieni o poufności zebranych danych. Następnie zostali poproszeni o podpisanie formularza świadomej zgody.

Kwestionariusze do oceny zakresu i konsekwencji ujawniania informacji o problemach ze zdrowiem psychicznym oraz do oceny nasilenia objawów depresyjnych (CESD-R) były wypełniane przez pacjenta – w zależności od preferencji – na osobności lub w obecności badacza. Klinicysta, po uprzednim przeanalizowaniu dokumentacji medycznej, przeprowadzeniu odpowiedniego wywiadu oraz zbadaniu pacjenta, wypełniał skale oceniające poziom funkcjonowania społecznego (PSP) i globalne nasilenie objawów psychopatologicznych (BPRS).

Informacje społeczno-demograficzne uzyskano od badanych, a w razie konieczności były one weryfikowane lub uzupełniane na podstawie dokumentacji medycznej.

Analizy statystyczne

Dla wszystkich zmiennych uwzględnionych w badaniu, w zależności od ich rodzaju, zostały obliczone średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) lub procenty. Spójność wewnętrzną użytych skal analizowano za pomocą współczynnika α Cronbacha. W celu oceny związków między zmiennymi społeczno-demograficznymi i klinicznymi a zakresem ujawniania informacji o problemach ze zdrowiem psychicznym zastosowano liniową regresję wielokrotną. Współliniowość oceniano, badając czynnik inflacji wariancji (*Variance Inflation Factor* – VIF). Wartości VIF powyżej 10 przyjęto jako wyznacznik współliniowości między zmiennymi niezależnymi [24]. Analizy przeprowadzono w środowisku R [25]. We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Średnie wyniki w skalach PSP ($M = 62,27$; $SD = 15,23$; możliwy zakres: 1–100), CESD-R ($M = 1,15$; $SD = 0,85$; możliwy zakres: 0–4) oraz BPRS ($M = 1,96$; $SD = 0,56$; możliwy zakres: 1–7) wskazują na ujawniane, ale nieznaczne trudności w funkcjonowaniu społecznym oraz na stosunkowo niewielkie nasilenie objawów depresyjnych i innych objawów psychopatologicznych w badanej grupie.

W tabeli 2 zestawiono średnie wyniki uzyskane przez badanych w poszczególnych pozycjach pierwszej części *Kwestionariusza do oceny ujawniania problemów ze zdrowiem psychicznym* oraz wynik całkowity.

Tabela 2. Zakres otwartości respondentów w zależności od rodzaju relacji społecznych (n = 147)

Na ile otwarcie mówił Pan/mówiła Pani o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym?	Średnia	Odchylenie standardowe (SD)	Liczba i odsetek ważnych odpowiedzi (bez „nie dotyczy”)	
			n	%
Rodzicom	3,58	1,24	137	93,2

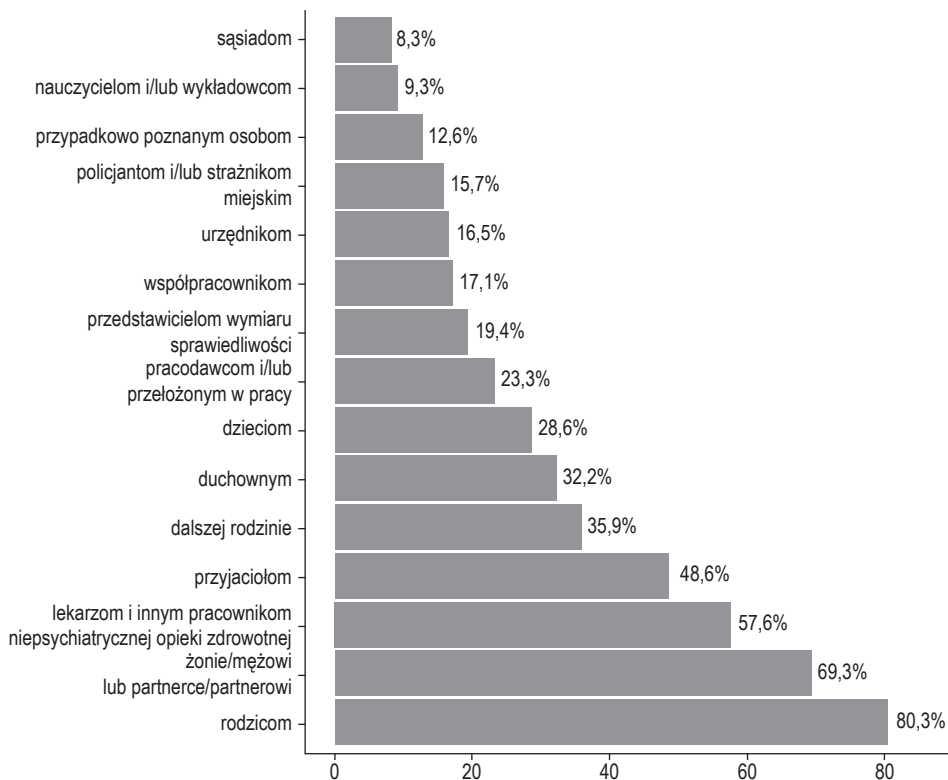
dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Żonie/mężowi lub partnerce/partnerowi	3,24	1,44	75	51,0
Dzieciom	2,00	1,35	35	23,8
Dalszej rodzinie	2,11	1,07	142	96,6
Przyjaciolom	2,55	1,15	138	93,9
Przypadkowo poznanym osobom	1,49	0,84	143	97,3
Nauczycielom i/lub wykładowcom	1,47	0,77	97	66,0
Współpracownikom	1,60	0,82	111	75,5
Pracodawcom i/lub przełożonym w pracy	1,84	1,01	116	78,9
Duchownym	1,99	1,19	121	82,3
Sąsiadom	1,37	0,74	144	98,0
Lekarzom i innym pracownikom niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej	2,81	1,26	144	98,0
Policjantom i/lub strażnikom miejskim	1,54	1,08	115	78,2
Przedstawicielom wymiaru sprawiedliwości	1,70	1,28	103	70,1
Urzędnikom	1,69	0,96	133	90,5
Średni wynik całkowity	2,08	0,59	–	–

1 – wcale, 2 – mało, 3 – umiarkowanie, 4 – bardzo, 5 – całkowicie

Wynik całkowity, przyjmujący wartość tylko minimalnie wyższą niż 2 („mało”), wskazuje, że respondenci zasadniczo bardzo niechętnie ujawniali informacje o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym. Tylko w stosunku do dwóch kategorii osób – rodziców oraz żony/męża lub partnerki/partnera – wyniki mieściły się w przedziale między 3 („umiarkowanie”) a 4 („bardzo”), co oznacza stosunkowo dużą otwartość ankietowanych. Najmniej skłonni do ujawniania problemów ze zdrowiem psychicznym badani byli w stosunku do przypadkowo poznanych osób, sąsiadów, nauczycieli i wykładowców, współpracowników, pracodawców i przełożonych w pracy, policjantów i strażników miejskich, przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości, urzędników i duchownych – wyniki między 1 („wcale”) a 2 („mało”). Zwraca uwagę fakt, że w niektórych pozycjach znaczna część uczestników badania wybrała odpowiedź „nie dotyczy”, np. w odniesieniu do współpracowników – jedna czwarta, do żony/męża lub partnerki/partnera – połowa, a do dzieci – trzy czwarte.

Aby uzyskać pełniejszy obraz tych wyników, zwizualizowano je na wykresie 1, zamiast średnich obliczając odsetki osób, które w poszczególnych pozycjach udzieliły odpowiedzi 3 („umiarkowanie”), 4 („bardzo”) lub 5 („całkowicie”) – można je więc skategoryzować jako osoby względnie otwarcie mówiące o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym.



Wykres 1. **Odsetki respondentów otwarcie mówiących o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym (n = 147)**

Na wykresie uwzględniono odsetki respondentów, którzy przynajmniej umiarkowanie otwarcie mówią o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym poszczególnym osobom lub grupom osób.

Wyniki wskazują, że zdecydowana większość respondentów otwarcie mówiła o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym rodzicom oraz żonie/mężowi lub partnerce/partnerowi, ponad połowa – lekarzom i innym pracownikom niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej, a niespełna połowa przyjaciołom. W mniej intymnych albo wręcz przypadkowych kontaktach (sąsiedzi, nauczyciele i wykładowcy, przypadkowo poznane osoby, policjanci i strażnicy miejscy, urzędnicy, współpracownicy) tylko od kilku do kilkunastu procent ankietowanych ujawniało informacje o swoich problemach psychicznych.

W tabeli 3 przedstawiono wyniki analizy regresji wielokrotnej ukazującej związek zmiennych społeczno-demograficznych i klinicznych ze skłonnością respondentów do ujawniania informacji o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym. Uwzględnione w analizie zmienne niezależne wyjaśniły jedynie 10,5% wariacji zmiennej zależnej. Tylko dwie zmienne, tj. wiek i czas trwania choroby, okazały się istotnymi predyktorami

zakresu ujawniania informacji o problemach psychicznych. Im ankietowani byli starsi (przy kontroli wszystkich pozostałych zmiennych uwzględnionych w modelu), tym mniej otwarcie mówili o swoich problemach psychicznych innym osobom ($\beta = -0,34$; $p < 0,05$). Z kolei im dłużej chorowali, tym bardziej byli skłonni do ujawniania swoich problemów psychicznych ($\beta = 0,29$; $p < 0,05$). Wartości VIF dla poszczególnych zmiennych niezależnych wahały się od 1,12 do 3,61, wskazując na brak problemów ze współliniowością.

Tabela 3. Wyniki analizy liniowej regresji wielokrotnej ukazującej związku zmiennych społeczno-demograficznych i klinicznych z zakresem ujawniania informacji o problemach ze zdrowiem psychicznym (n = 147)

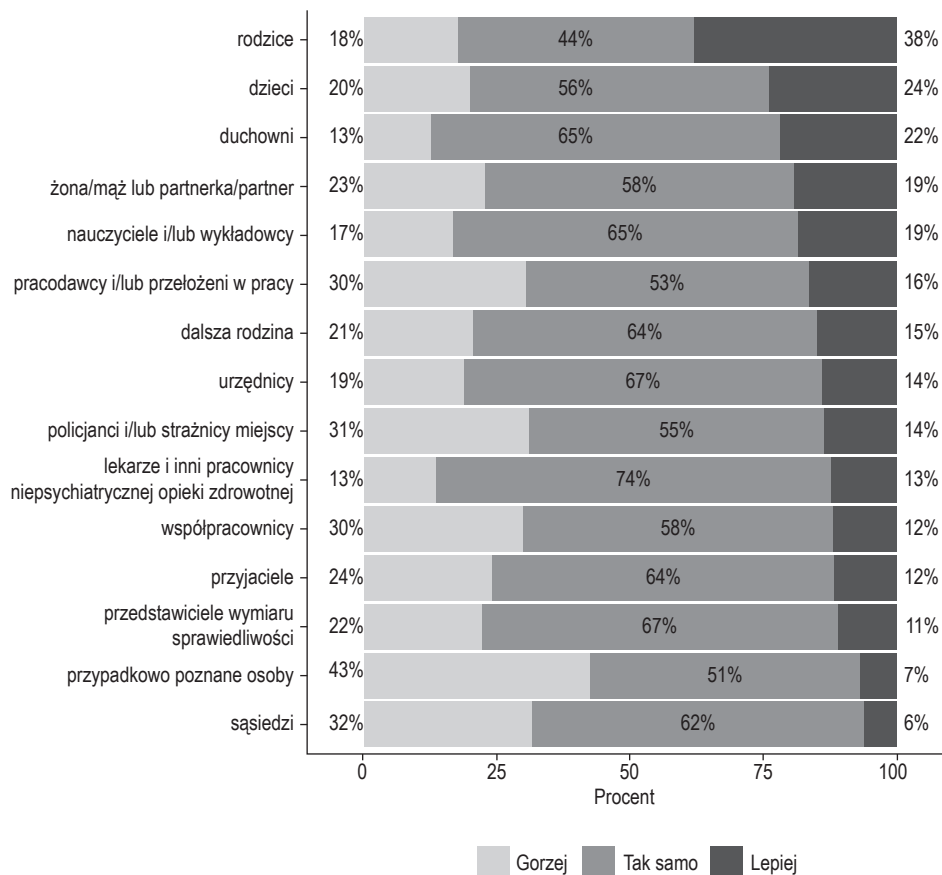
Predyktor	B	β	sr ²	r	R ²
(Stała)	2,27**				
Płeć (0 – kobieta, 1 – mężczyzna)	-0,09	-0,07	0,00	-0,06	
Miejsce zamieszkania (0 – wieś lub miasto < 100 tys. mieszkańców, 1 – miasto > 100 tys. mieszkańców)	0,23	0,15	0,02	0,14	
Wiek	-0,02*	-0,34	0,03	-0,07	
Wykształcenie (0 – średnie lub niższe, 1 – wyższe)	0,04	0,03	0,00	0,00	
Stan cywilny (0 – stan wolny, wdowieństwo, rozwód lub separacja, 1 – małżeństwo lub związek nieformalny)	0,18	0,11	0,01	0,06	
Sytuacja mieszkaniowa (0 – mieszkanie z innymi osobami, 1 – mieszkanie samemu)	-0,03	-0,02	0,00	-0,03	
Zatrudnienie (0 – nie pracuje, 1 – pracuje lub studiuje)	0,07	0,06	0,00	0,11	
Czas trwania choroby (lata)	0,01*	0,29	0,03	0,09	
Liczba hospitalizacji całodobowych	0,01	0,10	0,01	0,09	
Placówka psychiatryczna (0 – oddział całodobowy, 1 – oddział dzienny, PZP lub ZLŚ)	0,10	0,08	0,01	0,04	
Funkcjonowanie społeczne (PSP)	0,00	-0,07	0,00	-0,05	
Objawy psychopatologiczne (BPRS)	0,04	0,03	0,00	0,06	
Objawy depresyjne (CESD-R)	0,00	0,00	0,00	0,03	
					0,105

Zmienna zależna: wynik sumaryczny pierwszej części Kwestionariusza do oceny ujawniania problemów ze zdrowiem psychicznym.

B – niestandardyzowany współczynnik regresji; β – standaryzowany współczynnik regresji; sr² – kwadrat korelacji semicząstkowej; r – współczynnik korelacji liniowej Pearsona; R² – współczynnik determinacji. Statystycznie istotny współczynnik B oznacza jednocześnie statystycznie istotny współczynnik β oraz współczynnik korelacji semicząstkowej.

* p < 0,05; ** p < 0,01.

Na wykresie 2 zilustrowano odpowiedzi respondentów na pytania drugiej części *Kwestionariusza do oceny ujawniania problemów ze zdrowiem psychicznym* wskazujące, czy po ujawnieniu swoich problemów byli traktowani gorzej, tak samo czy lepiej.



Wykres 2. Odsetki respondentów, którzy byli traktowani gorzej, tak samo lub lepiej przez poszczególne osoby lub grupy osób, gdy wyszło na jaw, że mają problemy ze zdrowiem psychicznym (n = 147)

Na wykresie uwzględniono tylko ważne odpowiedzi (bez „nie dotyczy”).

Wyniki tej analizy pokazują, że we wszystkich rodzajach kontaktów społecznych znacząca część respondentów nie dostrzegła zmiany sposobu, w jaki była traktowana po ujawnieniu informacji o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym (od niemal połowy – 44% – w wypadku rodziców, do blisko trzech czwartych – 74% – w wypadku lekarzy i innych pracowników niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej). Stosunkowo najwięcej badanych uznało, że byli traktowani lepiej, gdy wyszło na jaw, że mają

problemy psychiczne, przez rodziców (38%), a w dalszej kolejności przez dzieci (24%), duchownych (22%), żonę/męża lub partnerkę/partnera (19%) oraz nauczycieli i wykładowców (18%). Z kolei relatywnie najczęściej ujawnienie problemów psychicznych wpływało na pogorszenie relacji z przypadkowo poznanymi osobami (42%), sąsiadami (32%), policjantami i strażnikami miejskimi (31%) oraz pracodawcami/przełożonymi w pracy i współpracownikami (po 30%).

Dyskusja

Zasadniczym celem prezentowanego badania była pogłębiona analiza postaw i doświadczeń polskich pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych dotyczących ujawniania innym osobom informacji o przeżywanych problemach ze zdrowiem psychicznym. Wyjście z ukrycia może być skuteczną metodą redukcji stresu związanego z piętnem społecznym, jednak decyzje dotyczące ujawniania potencjalnie dyskredytujących informacji mają charakter osobisty i złożony, gdyż zależą od specyficznej sytuacji i indywidualnych cech poszczególnych osób [26, 27]. Poznanie uwarunkowań i konsekwencji tych decyzji ma istotne znaczenie zarówno dla praktyki klinicznej, jak i dla oddziaływań z zakresu zdrowia publicznego, ukierunkowanych na zwalczanie stygmatyzacji i zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób chorujących psychicznie.

Zakres ujawniania się w zależności od rodzaju relacji społecznych

Wyniki badania jednoznacznie wskazują, że pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi generalnie bardzo niechętnie mówią innym osobom o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym. Są więc zapewne świadomi, że w polskim społeczeństwie dominuje przekonanie, że choroby psychiczne to problem wstydlivy, który należy ukrywać [12]. Stopień otwartości w tym zakresie wykazuje jednak bardzo duże zróżnicowanie w zależności od rodzaju relacji społecznych. Zdecydowana większość otwarcie mówiła o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym rodzicom (80%) oraz małżonkom i partnerom życiowym (69%). Również w badaniach przeprowadzanych w innych krajach, takich jak Holandia czy Stany Zjednoczone, rodzice i partnerzy należeli do kategorii osób, z którymi respondenci stosunkowo najchętniej dzielili się informacjami o swojej chorobie [20, 28, 29]. Podobnie w badaniu australijskim ankietowani najczęściej ujawniali swoje problemy psychiczne małżonkom/partnerom (rodzice nie zostali w tym badaniu uwzględnieni) [30]. Wyniki te nie są zaskakujące, gdyż relacje z rodzicami czy małżonkami lub partnerami należą do najbardziej intymnych i na ogół charakteryzują się dużą dozą wzajemnego zaufania. Nie bez znaczenia jest też zapewne fakt, że w tak bliskich relacjach ukrywanie informacji o chorobie psychicznej może być po prostu bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Warto jednak zwrócić uwagę, że nawet w wypadku tak bliskich osób 20–30% ankietowanych nie decydowało się na otwarte mówienie o swoich problemach psychicznych.

Tylko niespełna połowa respondentów (49%) ujawniała swoje problemy ze zdrowiem psychicznym przyjaciołom, a jeszcze mniej – nieco ponad jedna trzecia (36%) – dalszej rodzinie. Pokazuje to dobitnie, że wstyd związany z chorobą psychiczną

i obawa przed odrzuceniem mogą powodować duże trudności w uzyskaniu zrozumienia i wsparcia nawet ze strony osób z bliskiego kręgu społecznego pacjentów. Co więcej, tylko 29% badanych otwarcie mówiło o doświadczanych problemach psychicznych swoim dzieciom. Zbliżony wynik (33%) uzyskano w amerykańskim badaniu przeprowadzonym wśród osób z rozpoznaniem schizofrenii [20]. O ile więc rodzicom oraz małżonkom lub partnerom pacjenci na ogół ujawniają swoje problemy psychiczne, to przed dziećmi zdecydowana większość je ukrywa. Można przypuszczać, że motywem jest lęk przed utratą rodzicielskiego autorytetu. Na tym przykładzie wyraźnie widać jednak, że nie sama bliskość czy intymność relacji decyduje o gotowości do otwartego mówienia o swoich doświadczeniach związanych z chorobą psychiczną czy leczeniem psychiatrycznym.

Co szczególnie godne uwagi, zaledwie nieco ponad połowa badanych (58%) przyznała, że otwarcie mówiła o swoich problemach psychicznych lekarzom i innym pracownikom niepsychiatrycznej opieki zdrowotnej. To wyraźnie mniej niż w badaniu przeprowadzonym wśród osób z rozpoznaniem schizofrenii w Stanach Zjednoczonych, w którym odsetek ankietowanych ujawniających swoje problemy psychiczne w kontaktach z lekarzami przekraczał 90% [20], ale znacznie więcej niż w badaniu australijskim, w którym aż dwie trzecie uczestników przyznało, że nie mówi o swoich zaburzeniach psychicznych pracownikom ochrony zdrowia [30]. Utrzymywanie choroby psychicznej w tajemnicy przed lekarzami różnych specjalności może mieć poważne negatywne skutki dla pacjentów, gdyż utrudnia rzetelną ocenę stanu ich zdrowia (również somatycznego) oraz dobranie właściwej i bezpiecznej farmakoterapii (np. uwzględniającej możliwe interakcje z lekami zalecanymi przez psychiatrę). Należy więc postawić ważne pytanie, jakie mogą być przyczyny niechęci pacjentów do ujawniania swoich problemów psychicznych przed pracownikami ochrony zdrowia. Duże znaczenie ma zapewne fakt, że pacjenci nierzadko odnoszą wrażenie, że ich problemy somatyczne są mniej poważnie traktowane przez lekarzy po ujawnieniu diagnozy psychiatrycznej [20]. Z przeglądu badań wynika, że znaczna część personelu medycznego przejawia dyskryminujące postawy wobec osób chorujących psychicznie, co może się przyczyniać do obniżenia jakości udzielanych im świadczeń zdrowotnych [31]. Wskazuje to na pilną potrzebę przeciwdziałania piętnu choroby psychicznej wśród studentów medycyny i pracowników ochrony zdrowia, np. przez interwencje edukacyjne albo szkolenia antystygmatyzacyjne z udziałem osób po przebytych kryzysach psychicznych jako „ekspertów przez doświadczenie” [31, 32].

Pozostałym uwzględnionym w badaniu grupom osób o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym otwarcie mówiła wyraźna mniejszość ankietowanych: duchownym – niespełna jedna trzecia, pracodawcom i przełożonym w pracy – niespełna jedna czwarta, przedstawicielom wymiaru sprawiedliwości, współpracownikom, urzędnikom, policjantom i strażnikom miejskim oraz przypadkowo poznanym osobom – kilkanaście procent, nauczycielom i wykładowcom oraz sąsiadom – mniej niż jedna dziesiąta. Wyniki te wydają się dobrze korespondować z wynikami badań polskiej opinii publicznej, zgodnie z którymi większość Polaków jest przekonana, że osoby chorujące psychicznie są dyskryminowane w zakresie prawa do pracy/zatrudnienia, poszanowania godności osobistej, wykształcenia/edukacji czy ochrony majątku,

a blisko połowa dostrzega dyskryminację z powodu choroby psychicznej w zakresie prawa do sprawiedliwego sądu [12]. Osoby chorujące psychicznie prawdopodobnie podzielają te rozpowszechnione w społeczeństwie przekonania i w znacznej mierze z tego wynikają ich obawy przed ujawnianiem się. Nie mniej istotnym czynnikiem są zapewne osobiste doświadczenia związane ze stygmatyzacją. Na przykład Cechnicki i wsp. [14] wykazali, że aż 87% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii doświadczyło odrzucenia przez innych z powodu choroby psychicznej.

Jednocześnie powyższe wyniki wskazują grupy zawodowe (np. duchowni, pracodawcy i osoby sprawujące kierownicze stanowiska, urzędnicy, stróże prawa), które powinny być objęte oddziaływaniami antystygmatyzacyjnymi. Z racji pełnionych funkcji przedstawiciele tych grup mogą poważnie wpływać na życie osób chorujących psychicznie. Ważne jest więc, aby osoby leczące się psychiatrycznie spotykały się ze zrozumieniem z ich strony i nie obawiały się gorszego traktowania po ujawnieniu swoich problemów psychicznych.

Predyktory ujawniania się

W analizie regresji wielokrotnej spośród wszystkich zmiennych społeczno-demograficznych i klinicznych uwzględnionych w modelu tylko dwie, tj. wiek i czas trwania choroby, okazały się niezależnymi predyktorami skłonności badanych do ujawniania innym osobom informacji o doświadczanych problemach psychicznych. Wraz z wiekiem malała gotowość respondentów do ujawniania się. Nie można jednak wyciągać z tego daleko idących wniosków, gdyż wynik ten stoi w sprzeczności z wynikami niektórych badań przeprowadzonych w innych krajach, zgodnie z którymi młodszy pacjenci byli bardziej skłonni do ukrywania swoich problemów ze zdrowiem psychicznym [29]. Trudno jednoznacznie stwierdzić, jaką rolę w tych rozbieżnościach odgrywają kwestie metodologiczne (np. związane z pomiarem ukrywania/ujawniania), kontekst kulturowy czy specyfika badanych populacji.

Jeśli chodzi o czas trwania choroby, to im był on dłuższy, tym większa była skłonność badanych do otwartego mówienia o swoich problemach psychicznych. Jedną z możliwych interpretacji zakłada, że dłuższy czas chorowania wiązał się z dłuższym czasem kontaktu z systemem ochrony zdrowia psychicznego, w którego ramach pacjenci korzystali z różnych form terapii, w tym również interwencji psychospołecznych. Można przypuszczać, że przynajmniej w części przypadków te kompleksowe oddziaływania zapobiegały m.in. autostygmatyzacji [33], a w konsekwencji sprzyjały otwartości. Ponadto wydaje się prawdopodobne, że osoby dłużej chorujące, opierając się na swoich doświadczeniach, nauczyły się z czasem zarządzania informacjami o swoich problemach psychicznych oraz selektywnego ujawniania się.

Interesujące jest to, że w badanej grupie stopień otwartości w mówieniu o przeżytych problemach psychicznych nie wykazywał związku z poziomem funkcjonowania społecznego, z nasileniem objawów depresyjnych ani z globalnym nasileniem objawów psychopatologicznych. Na podstawie tych danych można więc stwierdzić, że nie ma prostej zależności między ujawnianiem się a aktualnym stanem psychicznym.

Kwestia ta wymaga wszakże dalszych badań, gdyż niektóre wcześniejsze badania dawały odmienne wyniki [29].

Omawiając predyktory ujawniania się, należy jednak mocno podkreślić, że zmienne włączone do modelu regresji wielokrotnej wyjaśniły zaledwie 10,5% wariacji w zmiennej zależnej. Nasuwa się wniosek, że inne, nieuwzględnione w przedstawionej analizie zmienne, wykazują silniejsze związki z decyzjami pacjentów odnośnie do ukrywania bądź ujawniania problemów ze zdrowiem psychicznym. Z przeglądu literatury przedmiotu wynika, że mogą to być m.in. subiektywne doświadczenia stygmatyzacji, wsparcie społeczne, samoocena, samoskuteczność, umocnienie (*empowerment*) czy przekonania na temat problemów psychicznych i leczenia psychiatrycznego [29].

Wpływ ujawnienia się na relacje społeczne

Ujawnienie informacji o problemach ze zdrowiem psychicznym miało zróżnicowany wpływ na relacje społeczne badanych. Znaczna część respondentów (w zależności od rodzaju relacji – od niemal połowy do blisko trzech czwartych) nie dostrzegała różnicy w sposobie traktowania przez innych, inni zgłaszali pogorszenie lub poprawę w tym zakresie. Ankietowani zdecydowanie najczęściej czuli się lepiej traktowani przez rodziców, a w dalszej kolejności przez dzieci i duchownych, natomiast gorsze traktowanie zgłaszali przeważnie ze strony przypadkowo poznanych osób, sąsiadów, policjantów i strażników miejskich oraz pracodawców/przełożonych w pracy i współpracowników. Zauważalna jest zatem tendencja, że im mniej intymne, a bardziej przypadkowe czy formalne kontakty, tym większe prawdopodobieństwo negatywnej reakcji partnera interakcji. Nie jest to jednak prosta zależność, gdyż np. w wypadku małżonków/partnerów życiowych 19% pacjentów zgłaszało poprawę relacji po ujawnieniu problemów ze zdrowiem psychicznym, ale jeszcze więcej, bo 23% – pogorszenie.

Uzyskane wyniki pozwalają na wyciągnięcie wniosku, że obawy pacjentów przed otwartym mówieniem o doświadczanych problemach ze zdrowiem psychicznym w rzeczywistości często okazywały się nieuzasadnione, gdyż w wypadku wszystkich uwzględnionych w badaniu kategorii osób zsumowane reakcje neutralne i pozytywne w mniejszym lub większym stopniu przeważały nad negatywnymi. Z drugiej jednak strony, obawy te należy uznać za w pełni zrozumiałe, zważywszy na to, że w wypadku wszystkich typów relacji istotne odsetki uczestników badania (od 13% do 42%) dostrzegały negatywny wpływ ujawnienia problemów psychicznych. Reakcje otoczenia są więc trudne do przewidzenia, a ujawnienie się zawsze niesie ze sobą ryzyko stygmatyzacji.

Ograniczenia badania

Prezentowane badanie ma kilka istotnych ograniczeń metodologicznych. Przede wszystkim trzeba mieć na uwadze, że respondenci byli rekrutowani tylko w jednej placówce psychiatrycznej zlokalizowanej w dużym mieście. Badana grupa może więc nie być reprezentatywna dla całej populacji osób z zaburzeniami psychotycznymi. Kolejne ograniczenie wiąże się z narzędziem zastosowanym do oceny zakresu i kon-

sekwencji ujawniania problemów ze zdrowiem psychicznym, które jest adaptacją kwestionariusza opracowanego w Stanach Zjednoczonych, a jego rzetelność i trafność nie zostały dotychczas w zadowalający sposób udokumentowane. Wreszcie badanie miało charakter eksploracyjny, nie uwzględniało motywów decyzji pacjentów o ujawnianiu lub ukrywaniu informacji o problemach ze zdrowiem psychicznym ani zależności między ujawnianiem się a różnymi aspektami subiektywnego doświadczenia piętna społecznego, zasobami osobistymi czy wskaźnikami procesu zdrowienia.

Podsumowanie i wnioski

Podsumowując, można stwierdzić, że osoby z zaburzeniami psychotycznymi niechętnie i bardzo selektywnie ujawniają informacje o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym innym osobom. Wskazuje to jednoznacznie, że mimo licznych lokalnych i ogólnokrajowych programów i akcji przeciwdziałających stygmatyzacji [1, 32, 34] zaburzenia psychiczne pozostają w Polsce problemem wstydlivym, o którym trudno mówić otwarcie. Konieczne jest zatem zintensyfikowanie oddziaływań antystygmatyzacyjnych, mając jednak na względzie, że muszą one być ukierunkowane (*target-specific*) [35]. Oznacza to, że ich celem powinny być konkretne stygmatyzujące postawy i zachowania określonych grup (np. pracodawców, przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości, lekarzy), a nie postawy społeczne wobec osób chorujących psychicznie w ogóle. Wyniki obecnego badania mogą być pomocne w zidentyfikowaniu grup, którym osoby leczące się psychiatrycznie obawiają się otwarcie mówić o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym albo przez które czują się gorzej traktowane, gdy te problemy wyjdą na jaw.

Zróżnicowane reakcje otoczenia na informacje o problemach psychicznych uczestników badania jasno pokazują, że ujawnianie się nie zawsze przynosi korzyści i dlatego bezwzględnie należy uszanować decyzje pacjentów pragnących zachować swoją chorobę w tajemnicy [26, 29]. Decyzje te muszą mieć charakter indywidualny i autonomiczny.

Ujawnienie się jest złożonym procesem, zależnym zarówno od cech jednostki (na przykład – w świetle wyników obecnego badania – od wieku albo czasu trwania choroby), jej przekonań dotyczących choroby psychicznej i znaczenia, jakie jej przypisuje, kontekstu sytuacyjnego czy wreszcie rodzaju relacji społecznych. Nie jest więc możliwe opracowanie uniwersalnych wytycznych czy zasad dotyczących optymalnego sposobu bądź zakresu ujawniania informacji o swoich problemach psychicznych. Zebrano wszakże wstępne dowody, że za pomocą ustrukturyzowanej interwencji (*Honest, Open, Proud*) mającej na celu wspieranie osób chorujących psychicznie w ich decyzjach o ujawnianiu się można obniżyć poziom stresu związanego ze stygmatyzacją i skłonność do autostygmatyzacji [27]. Jesteśmy przekonani, że przedstawione badanie może dostarczyć klinicydom praktycznych wskazówek odnośnie do wspomagania pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi w podejmowaniu świadomych decyzji o wychodzeniu z ukrycia, a tym samym w indywidualnym, osobistym procesie zdrowienia (*personal recovery*).

Piśmiennictwo

1. Sartorius N, Schulze H. *Reducing the stigma of mental illness: A report from a global programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
2. Zelst van C. *Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: A user perspective*. Schizophr. Bull. 2009; 35(2): 293–296.
3. Link BG, Phelan JC. *Conceptualizing stigma*. Annu. Rev. Sociol. 2001; 27(6): 363–385.
4. Link BG, Phelan JC. *Stigma and its public health implications*. Lancet 2006; 367(9509): 528–529.
5. Corrigan PW, Kleinlein P. *The impact of mental illness stigma*. W: Corrigan PW red. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington: American Psychological Association; 2005. S. 11–44.
6. Wahl OF. *Stigma as a barrier to recovery from mental illness*. Trends Cogn. Sci. 2012; 16(1): 9–10.
7. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. *A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment*. Am. Sociol. Rev. 1989; 54(3): 400–423.
8. Link BG, Mirotznik J, Cullen FT. *The effectiveness of stigma-coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided?* J. Health Soc. Behav. 1991; 32(3): 302–320.
9. Isaksson A, Corker E, Cotney J, Hamilton S, Pinfold V, Rose D i wsp. *Coping with stigma and discrimination: Evidence from mental health service users in England*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2018; 27(6): 577–588.
10. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M; INDIGO Study Group. *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey*. Lancet 2009; 373(9661): 408–415.
11. Świtaj P, Wciórka J, Smolarska-Świtaj J, Grygiel P. *Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia*. Eur. Psychiatry 2009; 24(8): 513–520.
12. Omyła-Rudzka M. *Stosunek do osób chorych psychicznie*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej; 2012. Komunikat BS/147/2012. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_147_12.PDF.
13. Świtaj P, Wciórka J, Grygiel P, Anczewska M, Schaeffer E, Tyczyński K i wsp. *Experiences of stigma and discrimination among users of mental health services in Poland*. Transcult. Psychiatry 2012; 49(1): 51–68.
14. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A. *Anticipated and experienced stigma: Its nature and correlates*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2011; 46(7): 643–650.
15. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1963.
16. Pachankis JE. *The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model*. Psychol. Bull. 2007; 133(2): 328–345.
17. Corrigan PW, Matthews AK. *Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet*. J. Ment. Health 2003; 12(3): 235–248.
18. Corrigan PW, Rao D. *On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change*. Can. J. Psychiatry 2012; 57(8): 464–469.
19. Ilic M, Reinecke J, Bohner G, Röttgers H-O, Beblo T, Driessen M i wsp. *Managing a stigmatized identity – Evidence from a longitudinal analysis about people with mental illness*. J. Appl. Soc. Psychol. 2014; 44(7): 464–480.
20. Pandya A, Bresee C, Duckworth K, Gay K, Fitzpatrick M. *Perceived impact of the disclosure of a schizophrenia diagnosis*. Community Ment. Health J. 2011; 47(6): 613–621.

21. Morosini P-L, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. *Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning*. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 101(4): 323–329.
22. Eaton WW, Muntaner C, Smith C, Tien A, Ybarra M. *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R)*. W: Maruish ME red. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, t. 3: *Instruments for adults*, 3rd ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2004. S. 363–377.
23. Overall JE, Gorham DR. *The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling*. Psychopharmacol. Bull. 1988; 24(1): 97–99.
24. Fahrmeir L, Kneib T, Lang S, Marx B. *Regression: Models, methods and applications*. New York: Springer; 2013.
25. R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2020. <http://www.R-project.org/> (dostęp: 1.07.2022).
26. Korsbek L. *Disclosure: What is the point and for whom?* J. Ment. Health 2013; 22(3): 283–290.
27. Rüsç N, Kösters M. *Honest, Open, Proud to support disclosure decisions and to decrease stigma's impact among people with mental illness: Conceptual review and meta-analysis of program efficacy*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2021; 56(9): 1513–1526.
28. Bos AER, Kanner D, Muris P, Janssen B, Mayer B. *Mental illness stigma and disclosure: Consequences of coming out of the closet*. Issues Ment. Health Nurs. 2009; 30(8): 509–513.
29. Grice T, Alcock K, Scior K. *Factors associated with mental health disclosure outside of the workplace: A systematic literature review*. Stigma Health 2018; 3(2): 116–130.
30. Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. *Disclosure of mental health problems: Findings from an Australian national survey*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2018; 27(4): 346–356.
31. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O i wsp. *Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings*. Lancet Psychiatry 2014; 1(6): 467–482.
32. Świtaj P, Grygiel P, Krzyżanowska-Zbucka J, Sonik J, Chrostek A, Jahołkowski P i wsp. *The evaluation of the impact of anti-stigma training led by “experts by experience” on participants' attitudes towards persons with mental illness*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(6): 1219–1236.
33. Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AL, Roe D, Lysaker P. *Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison*. Psychiatr. Rehabil. J. 2015; 38(2): 171–178.
34. Beldie A, Boer den JA, Brain C, Constant E, Figueira ML, Filipic I i wsp. *Fighting stigma of mental illness in midsize European countries*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012; 47(Suppl 1): 1–38.
35. Watson AC, Corrigan PW. *Challenging public stigma: A targeted approach*. W: Corrigan PW. red. *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change*. Washington: American Psychological Association; 2005. S. 281–295.

Adres: Piotr Świtaj
I Klinika Psychiatryczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9
e-mail: switaj@ipin.edu.pl

Otrzymano: 25.09.2021
Zrecenzowano: 7.12.2021
Przyjęto do druku: 11.12.2021